

UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-OUEST

56

Année 1971

N°

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Jean-Louis, Maurice, Daniel ROULAND

Né le 9 Juillet 1939 à Paris XV°

Présentée et soutenue publiquement le

1971

SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE
OBSERVÉS EN 1970
DANS UN SERVICE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Président de Thèse : Monsieur A. D. NENNA (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS 6°

1971

UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-ouest

Année 1971

N°

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Jean-Louis, Maurice, Daniel ROULAND

Né le 9 Juillet 1939 à Paris XV°

Présentée et soutenue publiquement le

SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE
OBSERVÉS EN 1970
DANS UN SERVICE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Président de Thèse : Monsieur A. D. NENNA (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS 6°

1971



A ma mère

A ma femme

A ma famille

A mes amis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556018_0026

A mon Maître

Monsieur le Professeur A.D. NENNA

Professeur à la Faculté de Médecine

Médecin des Hôpitaux

Qui m'a précieusement guidé dans
l'élaboration de ce travail et
m'a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse

En témoignage de ma vive admiration et
de ma reconnaissance

A mes Maîtres d'Hôpitaux

Monsieur le Professeur CANIVET

Monsieur le Professeur JUDET

Monsieur le Professeur LAUNAY

Monsieur le Professeur MEYER

Monsieur le Professeur OLIVIER

Monsieur le Professeur DE SEZE

Monsieur le Professeur TURPIN

Monsieur le Docteur BODET

Monsieur le Docteur DANIEL

Monsieur le Docteur HAAS

A Mesdames

le Docteur M. LORIDAN

le Docteur J. MIRABELLE

le Docteur N. VINATIER

Pour les nombreux malades examinés au
cours des consultations neuro-
psychiatriques et soignés dans l'unité
de réanimation

En remerciement pour l'aide quotidienne
qu'elles ont bien voulu nous apporter

A tous ceux qui m'ont appris mon métier

A la mémoire de mon ami

J. LEVANNIER

SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE
OBSERVES EN 1970 DANS UN SERVICE
DE MEDECINE GENERALE

-:-

P L A N

- 1 - Introduction
- 2 - Tentatives de suicides chez les adolescents
- 3 - Tentatives de suicides d'adultes jeunes
- 4 - Tentatives de suicides d'adultes et de personnes d'âge mûr
- 5 - Tentatives de suicides de personnes âgées
- 6 - Conduite hospitalière à tenir face à un suicide
- 7 - Conclusions
- 8 - Bibliographie

INTRODUCTION

Dans son livre sur le suicide, M. QUIDU (27) rapporte que dans le monde, toutes les minutes et demie, un être humain met fin à ses jours.

On estime le nombre de suicides en France à 8000 par an, (c'est-à-dire une moyenne de 20 par jour) cela représente la quatrième cause de décès, après les affections cardio-vasculaires, le cancer, les accidents.

Ces quelques chiffres sont particulièrement éloquents et situent l'ampleur du problème. Leur importance indique assez clairement que l'acte suicidaire, loin d'intéresser les seuls spécialistes, concerne tout individu qui peut à chaque instant y être confronté soit directement, soit indirectement, par son entourage: milieu professionnel, milieu familial entre autres. BOURGEOIS et BLANC (5) en affirmant que les suicidés intéressent le neuro-psychiatre dans la même mesure que l'aveugle intéresse l'ophtalmologiste signifient-ils que seul celui-ci a droit de regard sur les suicidés? La position du neuro-psychiatre, malgré une récente étude américaine, montrant qu'il existe trois fois plus de tentatives de suicide parmi cette profession que dans le reste de la population, est-elle privilégiée? La philosophie, la morale, la métaphysique, l'économie et la sociologie, doivent-elles être tenues à l'écart de ce phénomène? Mieux, le problème du suicide peut-il n'être entrevu que par quelques écoles intellectuelles?

En établissant entre chaque individu un dialogue de vie et de mort, l'idée de suicide n'illustre-t-elle pas cette confrontation que nul ne peut éluder?

Aussi, loin d'être une question posée au seul neuro-psychiatre ou aux seuls spécialistes, le suicide en touchant ce que A. HAIM (14) appelle "les bases mêmes de l'esprit", nous semble représenter une question fondamentale posée à chaque être humain. Les mass media en s'emparant du problème suicidaire l'ont replacé au premier rang de l'actualité, en raison même semblait-il du malaise croissant qu'il suscitait. Le tout est de sa-

voir si l'on peut attribuer cette angoisse par rapport à ce phénomène à une fréquence accrue de l'acte suicidaire ou à une méconnaissance moindre, en raison même de l'information, de sa réalité. L'angoisse naît-elle de données quantitatives ou qualitatives ? L'étude du nombre de décès-suicides de tous âges pour la population Française montre un chiffre allant de 6751 décès en 1951 à 7668 en 1966, ce qui, en regard de l'expansion démographique, représente un phénomène remarquablement stable.

Mieux même, le taux du nombre total de décès déclaré pour 100.000 habitants semble montrer une régression du phénomène suicidaire puisque ce taux est passé de 20 pour 100.000 en 1906 à 16 pour 100.000 en 1966. Enfin, si le nombre de décès par suicide était de 7156 en 1965, il convient de signaler qu'il était de 8995 en 1934 et 9096 en 1912. Ainsi, la simple analyse de ces statistiques amènerait à penser que, paradoxalement, face à l'expansion d'une conscience angoissée à propos du suicide correspondrait une régression statistique de ce phénomène.

Avant de faire cette assertion nôtre, nous voudrions faire deux remarques .

La première consiste dans l'imprécision des chiffres avancés. En effet, un nombre important de tentatives de suicide échouent et pour des raisons de convenance sociale sont dissimulées par les familles dans la mesure du possible. Certains décès, mêmes pour des raisons identiques ou différentes (la mort d'une personne âgée près d'un poêle, n'est-elle pas toujours envisagée d'une façon accidentelle ?) ne sont pas rapportés à leur vraie cause et représentent autant de cas qui ne figurent dans les statistiques. Nous ne parlerons pas ici des nouvelles formes d'auto-destruction comme la toxicomanie qui ne sont pas encore reconnues en tant que suicides - statistiquement parlant - De même, nombre de paris stupides (surtout le fait d'adolescents) de doses exagérées de barbituriques pour forcer un impossible sommeil, sont authentifiés comme suicides, et se trouvent de ce fait, faussement inclus dans les statistiques. De plus, ces statistiques varient dans le temps (d'une année sur l'autre) mais aussi dans l'espace: les pays sous-industrialisés ont-ils réellement moins de suicides que les pays sur-industrialisés ? Ceux-ci ne sont-ils pas les seuls à tenir des statistiques sur ce problème et même si elles existent de part et d'autre, la méthode pour les établir est-elle rigoureusement analogue ?

La seconde remarque concerne l'imprévision de renseignements généraux découlant de données numériques partielles. Cette étude statistique ne peut représenter qu'une particularité. Aucune extrapolation ou prévisions s'appliquant à l'ensemble

du phénomène suicidaire, à partir de cette étude, ne peut être envisagée. Elle ne peut englober tout le problème, car elle répond à des conditions de recrutement médical, géographique, économiques, sociologiquement précises, portant sur un échantillon particulier de population.

Aussi, après avoir vu les limites des statistiques dans l'étude du suicide, sans aller jusqu'à parler comme le font Maurice POROT, Michel COLLET et Claire JEAN (26) "d'illusion statistique", nous substituerons, comme le préconise A. HAIM (14) au terme statistique, le terme "données numériques", afin de bien marquer que nous ne les considérons pas comme le nombre réel d'actes-suicide.

Enfin, nous remarquerons pour finir, que la plupart des études numériques porte sur le décès-suicide, car seul celui-ci était reconnu en tant que suicide, et non pas sur les tentatives en général, si bien que nous manquons encore bien souvent de références, de points de comparaison en ce qui concerne les tentatives de suicide sans décès.

En effet, pour certains auteurs, comme HALBWACHS (16), seul le décès témoignait de la gravité psychologique et résumait l'acte suicidaire. Pour d'autres Auteurs, par contre, comme C. DEHAIES, A. CORCEIX, P.B. SCHNEIDER et A. HAIM (14), la non corrélation entre la gravité toxique de la tentative et la gravité psychologique de l'acte était évidente, car pour eux, une "profonde analogie d'intention et de signification entre suicide réussi et suicide manqué" paraissait devoir exister.

Dans la perspective de ces auteurs, une étude sur le suicide devait être conduite dans le cadre de la "maladie-suicide" sans souci de distinction entre l'échec et la réussite de l'acte. La proportion décès-tentative sur une étude faite en 1964, montre que pour la France, le nombre des tentatives relevées est le 1/5 de celui des décès pour les hommes et le 6/10 pour les femmes. Ces chiffres sont en fait discutés et selon les Auteurs, le rapport décès-tentative serait en France de 5 ou 10 pour 1, ce qui pour l'année 1965, donne un chiffre compris entre 42.000 et 85.000 tentatives de suicide. On parle de 50.000 pour l'année 1970.

Ainsi, au terme de ces différentes remarques, nous pouvons dire que l'imprécision et l'imprévision des statistiques, les études limitées portant sur les tentatives proprement dites témoignent de la difficulté à mesurer et à comparer la fréquence de la maladie suicidaire, mais l'importance des chiffres permet de justifier la crainte profonde que ce phénomène suscite

et l'intérêt que chacun y consacre.

Dans ces perspectives, il nous a semblé intéressant d'inclure toutes les tentatives dans notre étude. D'autre part, sans abuser des statistiques, nous les utiliserons toutefois, en leur reconnaissant une certaine valeur partielle, sinon avec modération, du moins avec circonspection.

Enfin, pour terminer, nous voudrions préciser le cadre et les conditions de notre travail.

Celui-ci fut entrepris au Centre hospitalier de Poissy dans le service de médecine générale de Monsieur le Professeur A.D. NENNA. Ce service comporte 84 lits et dessert un secteur d'environ 115.000 habitants (chiffre de 1969) recouvrant une région qui comprend, les villes de POISSY, ACHERES, LES MUREAUX PLAISIR, VILLENNES, VERNOUILLET dans les YVELINES.

Le centre hospitalier assure également des consultations régulières de neuro-psychiatrie où les malades hospitalisés pour tentatives sont examinés.

Il existe une unité de réanimation, unité que nous avons largement utilisée pour nos patients chaque fois que cela fut nécessaire.

Faisant notre étude, sur un lieu de recrutement non spécialisé avec des modes d'hospitalisation (Médecine, Chirurgie, Réanimation, consultations neuro-psychiatriques) adaptés aux moyens utilisés pour les tentatives, l'échantillon que nous avons rassemblé peut apparaître à défaut de centre spécialisé, comme relativement représentatif de la population de cette région en raison même de sa non sélection.

Cette non sélection, précisément, permet d'avoir une pathologie directe avec comme seul relais le médecin traitant et permet également d'établir une discrimination concernant la gravité des différents cas, ce qui autorise à éviter des surcharges au niveau des centres spécialisés et à rendre le plus vite possible un certain nombre de malades à la vie active.

163 tentatives de suicides (107 femmes et 56 hommes) se sont présentées aux urgences du centre hospitalier de Poissy durant l'année 1970.

Sur ces 163 tentatives,

- 135 (88 femmes - 47 hommes) furent hospitalisés à Poissy.

- 6 (4 femmes - 2 hommes) furent dirigés vers Garches et des centres Parisiens (3 à Garches, 2 à Fernand VIDAL, 1 à LARI-BOISIERE) en raison de leur état critique.
- 12 furent transférés vers l'hôpital de leur circonscription.
- 10 de ces malades ont pu, après quelques heures de surveillance, être ramenés à leur domicile.

Sur les 135 malades hospitalisés à Poissy, l'unité de réanimation de l'hôpital dut accueillir, pour sa part, 36 tentatives: 24 femmes et 12 hommes.

Ages	Cas nécessi- tant des soins de réanimation	Cas totaux
Adolescents	15	80
Adultes jeunes	7	50
Adultes	13	27
Gens âgés	1	6

Après avoir situé les conditions de notre travail, nous nous proposons, maintenant, d'étudier successivement les tentatives des adolescents (portant sur 80 cas) puis celles des adultes jeunes (50 cas), des adultes et des personnes d'âge mûr (27 cas), des personnes âgées (6 cas) avant d'envisager quelle doit être l'attitude hospitalière vis-à-vis du malade suicidaire.

CHAPITRE I

LA TENTATIVE DE SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENTS

"Des adolescents aux sourcils froncés étaient accoudés à l'entrée du métropolitain comme des génies du sommeil appuyés contre un tombeau".

Nous délimiterons notre étude dans le temps de l'âge de 13 ans à 25 ans, avec une coupure à 18 ans. La durée de cette période peut paraître particulièrement longue, pourtant des considérations d'ordre biologiques et sociologiques permettent d'expliquer le choix de cet éventail. Plutôt que d'opposer avec vigueur facteurs biologique et sociologique et attiser ainsi les passions de ceux pour qui l'adolescence ne représente qu'un phénomène social ou qu'un processus d'imprégnation hormonale, il nous a semblé que, loin de s'opposer, ces facteurs s'intriquaient avec prédominance des phénomènes pubertaires de 13 à 18 ans tandis que les facteurs sociaux pouvaient paraître plus déterminants de 18 à 25 ans.

Ce n'est là qu'un schéma qui permettra néanmoins de conduire cette analyse avec plus de clarté.

Biologiquement, du moins dans les sociétés à niveau économique élevé, l'âge de la puberté - c'est-à-dire le début de l'adolescence - tend à s'abaisser.

L'amélioration des conditions de vie et d'alimentation entre autres, n'est certainement pas étrangère à cette accélération des phénomènes pubertaires. Ceux-ci, dans notre société et sous nos climats tempérés, sont en effet plus précoces qu'au début du siècle. Chez la fille, les premiers signes de la puberté (développement des seins et du système pileux pubien) apparaissent même avant l'âge de 13 ans, tandis que chez le garçon, les premiers signes se situent avant l'âge de 14 ans.

Sociologiquement, par contre, l'entrée dans la vie d'adulte pour des raisons que nous verrons ultérieurement, se fait de plus

en plus tardivement.

Comme le fait remarquer D.J. DUCHE (10), cette discordance existant entre l'âge de la puberté et la reconnaissance du statut d'adulte s'accroît d'année en année et représente ainsi l'origine de nombreux conflits.

Tout se passe comme si l'étape biologique faisait du jeune d'aujourd'hui un adulte prématuré tandis que l'étape sociale, en l'embourbant dans les marécages de l'adolescence, en ferait un adolescent attardé.

Avant d'envisager plus avant notre étude, nous voudrions faire deux remarques.

La première est de considérer si l'on peut admettre la notion d'adolescence en simples termes biologiques et sociologiques sans évoquer l'importance des phénomènes psycho-affectifs ? Ignorer ces facteurs aboutirait, semble-t-il, à un morcellement même du moi profond de l'adolescent, et rendrait impossible toute explication de sa nouvelle personnalité: la reprise de sa situation oedipienne, l'évolution de son moi qui se fait à partir du remaniement des structures de l'enfance, la tentative de parvenir à une autonomie totale sont autant de pierres qui jalonnent le chemin psychologique de l'adolescence. Aussi, cette interaction des facteurs biologiques, sociaux et psychologiques font de l'adolescence une période de la vie originale et privilégiée qui aboutit, selon le mot de A. HAIM (14), à une "confrontation bio-psycho-sociale".

La seconde remarque est de considérer s'il n'existe pas un paradoxe entre la longue période que nous avons faite de l'adolescence et la conception de "rétrécissement de temps" ressentie par l'adolescent. "Parce que nous sommes au siècle de la vitesse et de l'accélération, les jeunes veulent jouir de tout immédiatement".

A la limite, ne peut-on pas penser que cette jouissance immédiate, le jeune entend l'appliquer à son état en voulant être "immédiatement" adulte.

Cette conception psychologique particulière du temps-vitesse, si elle peut nous servir de base dans notre analyse critique, doit être jugée avec prudence car les différents auteurs sont loin d'être d'accord quant à sa signification.

R. FAU, R. CHATEAU et Michèle MACHU (11) trouveraient dans ce nouveau comportement une "absence d'organisation psychologique"

témoin d'une immaturité de l'esprit. Le moindre retard dans la satisfaction d'une réalisation pourrait apparaître comme une frustration impossible à supporter. Dans cette perspective, l'état d'adolescent apparaîtrait comme la frustration suprême car elle correspondrait à la non-satisfaction de n'être pas "reconnu" en tant qu'adulte.

M. QUIDU (27) elle, met en opposition l'admission pour l'adolescent dans un monde d'adulte qui s'étire en longueur et son impatience devant le temps qui passe: "Aigri de ne plus en finir d'être jeune, et désabusé de se sentir prématurément vieilli, l'adolescent oscille naturellement de la révolte à la démission". Dans cette perspective, la notion de rétrécissement du temps vécu apparaît alors comme une revendication psychologique légitime de l'adolescent. Cette revendication peut alors apparaître comme un projet psycho-affectif qui n'a pas encore trouvé sa place dans le contexte de notre époque; aussi, malgré les restrictions d'ordre psychologique que nous avons décrites à situer l'adolescence le long d'un axe chronologique qui s'étend de 13 à 25 ans, nous adopterons néanmoins ce schéma non pas tant par commodité que par souci d'une réalité biologique et sociale actuelle.

A cet axe chronologique de 18 à 25 ans, nous établirons une coupure située vers l'âge de 18 ans.

Des raisons d'ordre somatiques, intellectuelles et psycho-affectives semblent motiver ce choix. Nous allons les aborder successivement.

Du point de vue somatique, l'âge de 18 ans paraît être la dernière limite admise. En effet, mêmes les retardataires de la puberté (surtout les garçons) sont le plus souvent exacts au rendez-vous de leurs 18 ans. A cet âge, le développement des caractères sexuels est achevé aussi bien chez le garçon (développement de la verge et du scrotum, augmentation de la masse musculaire, accélération de la maturation osseuse, etc..) que chez la fille, (augmentation du volume utérin, règles, modifications de la vulve, etc).

Ainsi, avec ses séquelles pubertaires faites de gestes gauches, d'une voix qui essaie de s'assurer, d'une asthénie d'une chronicité singulière, de la dernière crise d'acnée à la première pipe, l'adolescent avec son "paquet bourré de rêves" se lance à la découverte du monde.

S'il est encore vrai que la découverte est fonction de l'art de s'étonner, cet étonnement va de pair avec un certain

degré d'intellectualisation.

Sur le plan intellectuel, l'âge de 18 ans nous semble là encore, constituer une étape importante dans la vie de l'adolescent. C'est en effet à cet âge que le processus d'intellectualisation atteint son apogée. L'adolescent arrive à la pleine maturité de ce que J. PIAGET (25) appelle la "réflexion formelle" c'est-à-dire l'aboutissement de la pensée "pure" indépendante de l'action: "Il élabore des théories sur toutes choses, se plaisant en particulier aux conditions inactuelles"

L'adolescent pourrait-on dire, raisonne avec une déraison bienveillante. Il intellectualise tout d'une manière péremptoire.

Comme le souligne A. HAIM (15), il parle pour parler, cogite pour cogiter, discute pour discuter, mais par là même il crée une activité qui sera pour lui hautement structurante.

Cette intellectualisation forcenée lui sert en fait de garde-fou contre ses pulsions, pulsions sexuelles principalement. Le plus souvent, ne disposant pas d'objet pour assouvir ses désirs, il allègue des raisons intellectuelles pour se soustraire à ses conflits. Faute de voir objectiver ses pensées les plus secrètes, l'adolescent devra donc se persuader que, selon le mot de GIDE, "chaque désir est plus enrichissant que la possession même de l'objet du désir".

Comme on le voit, cette intellectualisation est étroitement liée au domaine psycho-affectif.

Dans ce domaine enfin, la réalité est plus complexe. L'adolescence représente ce potentiel d'enthousiasme, d'ardeur, cette ouverture d'esprit étonnante, cette faculté de changement qui en font une période privilégiée.

Comme le font remarquer A. CORCEIX et N. ZIMBACCA (13) c'est aussi l'âge de l'expansion, de la socialisation et de la tentative d'insertion dans les différents secteurs de la vie adulte: la réalité psycho-affective de l'adolescence chevauche entre deux pôles opposés, "le refus et l'engagement".

Il paraît quelque peu artificiel de situer dans ce contexte psycho-affectif la frontière formelle de l'âge de 18 ans. Au contraire des domaines somatique et intellectuel que nous évoquons et où une limite pouvait être déterminée avec une relative précision car correspondant soit à la date limite des facteurs pubertaires, soit à l'apogée de la phase d'intellectuali-

sation de l'adolescence, un démarquement à ce même âge, sur le plan psycho-affectif, apparaît comme beaucoup plus aléatoire. Sans vouloir à tout prix dégager des critères psycho-affectifs de cette période, nous pouvons tout juste dire que 18 ans représentent peut-être pour l'adolescence une période de mouvance plus accentuée sans qu'on puisse en apporter de preuves véritables.

I/ T.S. suivant l'âge

Sur les 163 cas étudiés, les tentatives de suicide d'adolescents représentent avec 80 cas, 48 % de notre effectif total - soit presque un acte suicidaire sur deux. En tenant compte de notre limite établie à 18 ans, nous avons trouvé 19 cas allant de 13 à 17 ans contre 61 tentatives après 17 ans.

L'histogramme, pour cette tranche d'âge, montre un clocher assez net qui va de 18 à 21 ans, avec un maximum situé à l'âge de 21 ans (13 tentatives). Le détail de ces données numériques se présente comme suit (cf. tableau ci-contre)

L'exemple de ces chiffres peut suggérer quelques réflexions.

Tout d'abord, l'âge de 13 ans correspond à l'âge le plus bas (il s'agit d'une fille) que nous avons enregistré pour une tentative.

Cette première remarque correspond à l'étude faite par le Professeur ROCHE(31) et rapportée par LYON-MEDICAL sur les conduites suicidaires de 239 mineurs admis dans son service durant 24 mois, montrant qu'il n'existait aucune tentative inférieure à 13 ans et que tous les actes suicidaires de cet âge n'étaient retrouvés que chez les filles.

Ensuite, le fait de trouver le clocher suicidaire à 21 ans avec 9 tentatives pour le sexe masculin, nous a semblé être en désaccord avec la classique rémission de cet âge (service militaire). L'insertion plus tardive dans la vie active a peut-être joué un rôle dans cette recrudescence suicidaire inhabituelle, encore que nous ayons retrouvé une seule motivation d'origine véritablement socio-professionnelle.

II/ T.S. suivant le sexe

La disproportion de répartition entre les deux sexes est évidente. Sur les 80 cas, nous relevons 50 tentatives pour le sexe féminin et 30 pour le sexe masculin. L'estimation de ces proportions amène à faire quelques commentaires.

Elle ne correspond pas en effet à certaines publications faites dans différents centres d'intoxication. Le Docteur

Age	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25	
T.S.	1		3		4		7		4		8		8		8		13		4		7		8		5	
Sexe	1	1	2	1	3	1	6	1	3	1	7	4	4	1	7	9	4	1	3	3	4	6	2	1	4	

Tableau récapitulatif des T.S. en fonction de l'âge et du sexe (80 cas)

- 50 femmes

- 30 hommes



hommes

GORCEIX (13) à l'hôpital Fernand WIDAL, trouve une disproportion encore plus élevée avec 70 % de filles, mais comme le fait remarquer A.HAIM (14), l'intoxication étant surtout un moyen féminin de suicide, il est normal de trouver une majorité de filles très importante dans les centres anti-poisons. Dans la tranche d'âge allant de 13 à 17 ans, nous avons trouvé presque 4 fois plus de filles que de garçons (4 garçons - 15 filles).

III/ T.S. suivant les antécédents.

a) Familiaux. Cette étude des antécédents familiaux se heurte à de nombreuses difficultés tant par l'absence d'enquêtes véritablement objectives que par la réticence des sujets lorsqu'il s'agit de signaler les exemples de leur famille. Ces réserves formulées, nous avons sur nos 80 tentatives, trouvé 4 exemples d'hérédité suicidaire (père, mère, soeur, cousine suicidés). Ces chiffres nous paraissent trop faibles pour tirer la moindre conclusion.

b) Personnels. En retrouvant 8 cas de récidives, nous pensons être inférieurs aux chiffres réels en ce qui concerne l'acte suicidaire, beaucoup de tentatives, vues simplement aux urgences, échappant parfois à un interrogatoire serré.

D.J. DUCHE (14) sur ses 167 tentatives de suicide d'adolescents notait une récidive dans 35 % des cas. Sur les 23 observations rapportées par R. FAU, R. CHATEAU et Michèle MACHU (11), dix en étaient à leur deuxième tentative. Parmi nos 8 récidives, 7 choisirent l'intoxication médicamenteuse 1 le gaz, pour renouveler leur acte. Sur les 8, deux (1 garçon, 1 fille) durent être admis dans l'unité de réanimation du centre hospitalier de Poissy.

c) Psychiatriques. Enfin, le suicide d'adolescent peut-il dans tous les cas représenter la manifestation d'une maladie psychiatrique?

Sur nos 80 cas, nous avons retrouvé:

- 1 cas d'épilepsie
- 1 cas de toxicomanie caractériel.
- 1 état de schizophrénie.

IV/ T.S. suivant les procédés.

A part 5 tentatives, tous choisirent l'intoxication médicamenteuse. Les autres moyens utilisés furent l'instrumentation tranchante, le gaz (2), la moto lancée contre un mur,

la section veineuse. Ces cinq tentatives se soldèrent par un échec.

Ces données n'ont qu'une valeur indicative, car l'utilisation des divers procédés employés est peut-être fonction des caractéristiques socio-démographiques de notre zone de recrutement. Cela ne préjuge pas des suicides menés à bien dans notre région et non parvenus en milieu hospitalier (ce fut le cas d'un jeune adolescent dont l'intoxication fut si brutale qu'elle dépassa tout moyen thérapeutique et lui laissa le temps d'exprimer sa peur et ses regrets devant la mort qui approchait).

De toute façon, nous n'avons relevé aucun cas de décès parmi nos adolescents hospitalisés. Cette constatation est étonnante, si l'on songe que les tentatives de suicide sont, chez les jeunes adolescents, le plus souvent dramatiques puisqu'elles représentent en France la première cause de mortalité chez les sujets entre 18 et 24 ans.

Le désaccord entre les données numériques de cette étude et les statistiques générales est délicat à interpréter. Les données numériques, si elles ne doivent pas être extrapolées, permettent néanmoins d'apporter des renseignements importants pour une étude exhaustive portant sur l'ensemble du phénomène suicidaire.

V/ Facteurs familiaux et sociaux

a) Facteurs familiaux

Il nous faut là encore, faire une distinction entre les adolescents de 13 à 17 ans et ceux de 18 à 25 ans. Pour les premiers, la perturbation des rapports familiaux semble avoir joué un rôle déterminant dans l'histoire suicidaire. Nous avons relevé sur les 19 observations correspondantes (15 filles - 4 garçons):

- 1 cas de séparation du couple
- 1 cas de remariage
- 2 cas où la mère a quitté le domicile conjugal depuis 4 ans
- 5 cas de mésentente au niveau du couple parental.

Ainsi, dans 9 cas sur 19, nous avons pu mettre de façon formelle la dysharmonie existant au niveau du couple parental. Les auteurs lyonnais C. KOHLER et CHAMBARD (18) indiquaient à propos des tentatives d'enfants et d'adolescents une proportion plus importante de désunions familiales : 33 %. L'interprétation des perturbations familiales

- surtout en ce qui concerne la mésentente - est délicate. Pour certains auteurs comme G. MENDEL (20b) il faut avant tout "décoloniser l'enfant", en le soustrayant d'un milieu familial encombrant pour qui l'enfant représente la seule valeur acceptable en l'absence de toute autre. D'autres auteurs, comme R. DIATKINE et C. KOUPERNIK (8) persistent à croire, au contraire, que "le père et la mère restent le père et la mère, éléments irremplaçables. La continuité, même si elle a une action défavorable, reste meilleure que la rupture complète".

En ce qui concerne le groupe d'adolescents de 18 à 25 ans les facteurs familiaux semblent avoir joué un rôle moins essentiel dans la genèse de l'histoire suicidaire, puisque sur nos 61 observations, nous avons relevé:

- 1 seul cas d'abandon de domicile conjugal
- 1 cas de divorce
- 2 cas de remariage.

Alors que le premier groupe d'adolescents paraît être sous la dépendance familiale, les adolescents entre 18 et 25 ans semblent s'éloigner de l'image parentale toute puissante pour acquérir une autonomie à l'égard de la famille. A cette période, en effet, se produit un désinvestissement familial qui est reporté sur d'autres êtres proches de l'entourage, si bien que conjointement à l'indépendance familiale s'établit une dépendance vis-à-vis des "contemporains" (aînés, amis, etc.).

b) Facteurs Sociaux et Scolaires

Compte tenu de notre recrutement socio-démographique, les facteurs socio-économiques, contrairement à une assertion courante, ne paraissent pas avoir joué un rôle essentiel.

Le "fameux vide social" que R. FAU, R. CHATEAU et Michèle MACHU (11) dénoncent, n'a pu également être retrouvé au cours de nos observations.

Nous ne notons pas un seul cas d'enfant abandonné, d'orphelin ou de pupille de la nation.

Par ailleurs, aucune catégorie professionnelle de parents ne semble se dégager de notre étude. Nos jeunes suicidaires ont été recrutés dans les familles de tous ordres.

Nous n'avons trouvé que 4 sujets témoignant d'instabilité professionnelle patente mais les difficultés dans le travail

sont beaucoup plus nombreuses, 1 seul cas de décalage socio-culturel (suicide d'un garçon en raison du milieu socio-culturel de sa fiancée très supérieur au sien), 2 cas de délinquance et un seul cas de toxicomanie (chiffre probablement inférieur à celui de la réalité).

Quant aux difficultés d'insertion scolaire, elles sont certes nombreuses mais bien souvent concomitantes à des perturbations du milieu familial, si bien qu'il est difficile d'évaluer le rôle éventuel des unes et des autres dans le processus suicidaire.

Enfin, nous ne retrouvons pas, comme dans les autres études, une proportion importante de tentatives de suicide parmi les professions dites "exposées".

Nous n'avons relevé qu'un seul cas d'employée de maison (l'amélioration de leur condition n'est certainement pas étrangère à cette chute des statistiques) et un seul cas parmi les professions paramédicales. Pourtant ces chiffres ne correspondent pas à ceux retrouvés dans l'étude de 70 cas de tentatives de suicide d'adolescents faits par C. RIVAILLE, F. BELLE, C. THIOT (30) M. GOULON (30) qui montrent une proportion très importante des employées de maison (1 sur 6) et des professions paramédicales (1 sur 8).

Le rôle de la société, dans la genèse du suicide, peut-il dans ces conditions, être tenu pour négligeable?

Sans nous risquer à des abstractions hasardeuses, nous voudrions, pour finir, tenter de situer dans ce contexte socio-familial, la place si importante du père et de la mère. Comme le souligne G. MANDEL (20), loin de vouloir prendre la place du père, l'adolescent "avant tout ne veut pas devenir comme lui". Le père semble apparaître comme une image parentale à peu près indifférenciée.

G. MANDEL (20) pose nettement le problème et se demande si cette absence du père est liée; comme le pense MITSCHERLICH (22b) à une absence réelle rendant le père "invisible" à son fils durant ses heures de travail - le fils ne voyant plus son père travailler - ou comme le suggère A. STEPHANE (35) à une démission morale du père?

Père "démissionnaire" ou "invisible"? La société est-elle tout à fait irresponsable de cette absence d'image paternelle? Le père (du moins pour celui qui ne sait pas se rendre disponible) n'est-il pas "démissionnaire" parce que "invi-

sible"? (cf. la situation des entreprises familiales dans une société sur-industrialisée).

Voici, pour témoigner de cet effacement les seuls et uniques propos d'un père, recueillis au cours d'un entretien parents-psychiatre à la suite d'une tentative d'une jeune adolescente:

"..... C'est vrai, elle fait exprès de ne rien faire..... C'est vrai, ça devient impossible..... C'est vrai, on fait son possible pour l'habiller décemment.....".

Autre exemple significatif est celui représenté par les propos d'un de nos jeunes adolescents à qui l'on demandait comment il voyait son père:

"Il aime le sport, moi pas".

Ainsi, comme le note R. GERAUD (12) dans les sociétés industrielles, les pères "mobilisés à la production" sont des "démissionnaires" en puissance.

La responsabilité sociale - si elle existe - ne se situerait-elle pas à ce niveau? Et s'il est vrai que tous les enfants et adolescents ayant des pères "absents" ne se suicident pas, la fréquence d'une mauvaise image paternelle, sans qu'on puisse la chiffrer très précisément, nous a particulièrement surpris à la lecture de nos différentes observations de tentatives de suicide d'adolescents.

Un rapport analogue mère-fille - surtout quand la mère travaille - peut s'établir. Nous n'insisterons pas plus sur ce mode de relation.

Motivations

Comme l'écrit A. HAIM (14) dans sa conclusion sur le suicide d'adolescent, la "question est humainement fondamentale, même si elle reste sans réponse".

Les causes sociales, comme nous venons de le voir, nous ont semblé difficiles à déterminer; il y aurait en effet beaucoup à dire sur l'effritement des valeurs sociales actuelles et ces lignes relevées dans un manuel de jeunes rapportant une phrase de Jerry RUBIN nous paraît à cet égard significative: "Papa regardait avec fierté sa maison et sa voiture, sa pelouse taillée au ciseau à ongles. Tous ces biens qui justifiaient sa vie". N'y a-t-il pas là plus qu'un simple paradoxe "banalisation-parents" "sublimation-enfants".

L'adolescent ne serait-il pas précisément à la recherche d'autres recherches?

CHAPITRE II

TENTATIVE DE SUICIDE CHEZ LES ADULTES JEUNES

"Tout ce qui est humain m'est étranger"

R. NIMIER

Nous entendons par adultes jeunes la tranche d'âge comprise entre 26 et 40 ans.

Le nombre de tentatives de suicide se trouve également élevé dans cette tranche puisque nous y avons 50 sujets répartis comme suit: 12 hommes et 38 femmes (cf. tableau). Un homme de ce groupe s'est effectivement suicidé par défenestration.

Le décalage, en ce qui concerne la fréquence suicidaire, s'est encore accentué entre les hommes et les femmes. Cette remarque ne correspond pas à l'étude faite par M. QUIDU (27) sur la tranche de même âge puisqu'il lui apparaissait, au contraire, que cette différence s'amoindrissait.

a) Moyens utilisés

En considérant les moyens utilisés pour ses 50 tentatives nous pouvons dresser le tableau suivant:

Moyens utilisés	Hommes	Femmes	Total
Intox. méd.	8	31	39
Intox. gaz.	0	3	3
Phlébectomie	2	3	5
Défenestration	1	0	1
Autre moyen	1	0	1
Moyens associés	0	2	2

Nous remarquons par rapport au groupe précédent que nous trouvons un plus grand nombre de procédés médicamenteux : 11 contre 5, ainsi que l'apparition de moyens associés: gaz + phlébectomie, intoxication médicamenteuse + alcool. La phlébectomie se retrouve 7 fois contre une seule fois chez les adolescents

Les moyens utilisés par les suicidants semblent être bien plus fonction du choix de leur possibilité (utilisation fréquente des médicaments du conjoint ou conjointe) que de leur volonté plus ou moins grande à réussir leur suicide.

b) Problème de l'insertion professionnelle.

Fait remarquable et contrairement au groupe précédent, l'insertion professionnelle est généralement bonne. Nous n'avons trouvé qu'un seul cas où la cause professionnelle fut présentée comme motivation au suicide.

Mme S..., 27 ans, est admise au centre hospitalier de Poissy en août 1970 à la suite de l'absorption abusive de comprimés de barbituriques.

Obligée d'interrompre ses obligations professionnelles pour une intervention (kyste de l'ovaire), elle décide après l'opération qui fut sans histoire, de reprendre son travail. Aussitôt elle commence à développer un syndrome dépressif en raison de son "incapacité d'assumer ses responsabilités professionnelles"

Après quelques jours d'hospitalisation, la malade ne présente plus de symptomatologie dépressive. Après entretien avec le mari qui se montre compréhensif, l'arrêt définitif de l'activité professionnelle de S... est décidé.

Il est étonnant de constater en fait le peu d'inadaptés au travail professionnel, lequel représente pourtant, du moins au niveau de ce groupe, la pression la plus importante que peut exercer la société sur l'individu.

Ainsi, les facteurs sociaux n'ont ici que très peu d'importance face aux déboires familiaux et sentimentaux.

c) Antécédents suicidaires

Nous avons retrouvé sur nos 50 cas 6 récidives. Il y eut quatre femmes qui en étaient respectivement à leur 2ème, 3ème, 3ème, 3ème tentatives et deux hommes (3 chacun) dont l'un réussit sa tentative.

d) Situation familiale

La plupart de nos tentatives semblent avoir une situation familiale équilibrée: mariages, enfants. Nous n'avons retrouvé que 3 cas de divorce et 1 seul cas de séparation chez les femmes.

Mais cette réalité est trompeuse car la fréquence des difficultés familiales associées à des difficultés d'ordre sentimental est grande. Les ennuis sentimentaux occasionnent-ils les déboires familiaux ou le contraire? Une intrication des deux phénomènes paraît plus probable. Vingt de nos malades avaient un climat familial "mauvais".

e) Antécédents

Le tableau ci-contre résume les différents antécédents retrouvés :

Antécédents	Hommes	Femmes
Dépression mélancolique	1	3
Dépression réactionnelle	0	6
Dépression origine therap.	0	0
Ethylisme névrotique	2	0
Epilepsie	I	0
Traumatisé du crâne	I	0
Sclérose en plaques	I	0
Débilité	0	I
Névrose	0	I

La lecture de ce tableau nous montre les différents antécédents que nous avons pu recueillir chez nos malades. Il est à remarquer la part des dépressions réactionnelles surtout à des conflits sentiment-familiaux, la part des effets de l'alcoolisme est modeste puisque deux cas seulement d'éthylisme névrotique ont pu être retrouvés - encore que bon nombre de malades nous aient avoué facilement l'éthylisme du... conjoint ou conjointe. Enfin, un de nos patients était atteint d'une sclérose en plaques, son affection semblait directement en rapport avec sa tentative de suicide.

Age	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		
T.S.	6	2	5	2	3	4	4	3	3	I	2	4	2	4	5		
Sexe	1 5	0 2	1 4	0 2	2 2	I 1	3 3	1 3	3 3	0 1	2 0	I 0	2 0	4 0	2 2	2 2	0 5

Tableau récapitulatif des T.S. en fonction de l'âge et du sexe

50 cas : - 12 hommes

- 38 femmes



Hommes

CHAPITRE III

LES TENTATIVES DE SUICIDE DE L'ADULTE ET DE L'AGE MUR

"Ce n'est pas grand chose que
vivre, tes valets et les bestes
vivent"

MONTAIGNE

Dans la tranche d'âge de 40 à 55 ans, contrairement aux autres tranches, nous notons une diminution importante des suicides: 27 cas avec une répartition qui tend à s'équilibrer pour les deux sexes: 15 femmes pour 12 hommes.

Cette diminution de la fréquence suicidaire peut surprendre à ces âges, âges que l'on dit volontiers "critiques"; surtout pour les femmes après 50 ans. Comme le font remarquer GORCEIX et ZIMBACCA (13), si le malaise de l'adolescent est métaphysique celui de l'âge mûr (après 50 ans) est physique: à la déroute sociale et psychologique s'est substituée l'approche de la "faillite corporelle". C'est en effet après 50 ans que les premiers signes d'involution génitale apparaissent chez la femme avec pour corollaire la perspective de la ménopause et son cortège de troubles fonctionnels: bouffées de chaleur, prises pondérales, élévations tensionnelles. Les expériences de deuils, les usures de la vie, les défaillances physiques plus fréquentes font que la mort ne peut plus apparaître comme une "simple rencontre de hasard"

Pourtant les chiffres des tentatives de suicide semblent démentir ces sombres perspectives puisque leur nombre diminue de façon significative.

Sans qu'on puisse vraiment l'expliquer, le paradoxe se situe à ce niveau. Face à ce que GORCEIX et ZIMBACCA (13) appellent "l'étrangère vite oubliée", l'instinct de vie resurgit avec plus de force. Face aux usures d'une vie sociale remplie par le travail, la société offre une jeunesse encore possible. A la notion

d'âge mûr tend à se substituer la notion d'adolescence réfléchie, dépouillée de son malaise et qui aboutit à la sérénité.

Sur le plan physique, l'idée de "s'entretenir" apparaît comme un devoir, à 20 ans, on a l'aspect qu'on a, à cinquante celui que l'on s'est fait. La séduction n'est plus un leurre.

Sur le plan intellectuel et professionnel, l'attente sage d'une retraite paisible à partir de la cinquantaine ne semble plus de mise dans nos sociétés actuelles. Des perfectionnements des changements et reclassements s'imposent le plus souvent à l'individu qui travaille et le maintiennent ainsi dans un état d'angoisse certes, mais aussi de recherche sur lui-même.

Ainsi, peut-être pour ces raisons, peut-être pour d'autres "l'âge critique" ne semble plus représenter ce "cap critique" tant redouté. Même la femme, mère de famille, n'a pas terminé le plus souvent d'élever ses enfants, sa vie est généralement stable son contact avec ses mêmes enfants, qu'elle comprend parfois difficilement, l'oblige elle aussi, pour peu qu'elle ne soit pas démissionnaire, à certaines recherches.

Pourtant, l'on peut se demander si cette diminution des tentatives de suicide de cet âge correspond à un phénomène purement local ou bien à un phénomène nouveau?

Il est évidemment très difficile de répondre.

Des statistiques (1963) faites en France, rapportées par le Docteur BERTIN (3) montrent pour 100.000 habitants un taux croissant de suicides de 15 à 85 ans et donc un nombre de tentatives de suicide d'âge mûr beaucoup plus important que celui des adolescents et d'adultes jeunes.

De même, nous n'avons pu retrouver, au cours de notre étude la classique deuxième ascension de la courbe des tentatives de suicide après la cinquantaine.

Moyens utilisés

Les moyens utilisés se répartissent comme suit:

Moyens	Hommes	Femmes
Intox. méd.	10	15
Phlébectomie	I	0
Moyens associés	I	0
Total	12	15

L'intoxication médicamenteuse demeure le moyen le plus utilisé, aussi bien chez l'homme que chez la femme. Chez cette dernière, c'est même le seul moyen que nous ayons trouvé. Mais contrairement aux autres tranches et en dépit des moyens utilisés, la tentative s'est avérée dramatique dans la plupart des cas.

En effet, nous avons sur nos 27 tentatives de suicide, 4 décès (3 femmes et 1 homme). Par ailleurs, 13 de ces malades durent être admis d'emblée dans notre unité de réanimation.

Les quatre décès furent la suite de procédés d'intoxication médicamenteuse (3 par des barbituriques et un par des anticoagulants).

Récidives

Nous n'avons retrouvé aucun antécédent suicidaire familial. Par contre, nous avons rencontré 5 cas de récidives: 4 hommes dont un en était à sa sixième tentative et une femme. A ces cinq cas, il nous faut ajouter celui d'une malade qui, sortie en 1970 refit une tentative en 1971. Tous les autres en étaient à leur troisième tentative.

Du point de vue familial

Nos données dans ce domaine ne sont pas complètes puisque nous n'avons pu recueillir des renseignements toujours précis sur l'ensemble de nos malades. Nous avons réussi néanmoins à établir l'identité familiale de 13 d'entre eux et qui montraient: 1 homme célibataire, 1 femme séparée de son mari, les autres (4 hommes et 7 femmes) étaient tous mariés. Rien ne semble donc singulariser, sur ce plan, nos malades. Il ne paraît pas, sur les données partielles que nous avons, que le mariage - surtout pour les femmes de notre région - soit un frein au regard de la détermination suicidaire comme l'avaient noté C. BARDENAT, M. CORMAN, Mlles A. OMNES et C. PICHON (2) dans leur étude.

Antécédents psychiatriques et médicaux

Sur le plan psychiatrique, nous avons rencontré un cas de débilité, un cas d'état dépressif névrotique, un cas de dépression endogène, un cas de dépression réactionnelle, un cas de dépression d'épuisement, un cas de syndrome maniaco-dépressif.

Sur le plan médical, les affections somatiques et leurs préoccupations commencent à apparaître, les malades, en raison de leur âge, font une décompensation de leur état antérieur.

- H... âgé de 52 ans, célibataire, est hospitalisé en janvier 1970 au centre hospitalier de Poissy pour une hématurie.

Ce malade est au traitement anti-coagulants en raison d'une artérite très importante des membres inférieurs avec thrombose du carrefour aorto-iliaque opérée déjà deux fois. Le malade présente un faciès creusé par l'alcool et la lassitude. Il entend sans les écouter les recommandations qui lui sont prodiguées. Il hoche la tête d'un air absent. En 1968, H... fit une tentative de suicide par absorption de barbituriques puis l'année suivante par prise excessive d'anti-coagulants.

Durant son hospitalisation, H... continue à remplir ses cendriers malgré toutes les précautions et interdictions. En retraite forcée depuis 1961, H... est mis aux anti-coagulants à la même date. Sans famille proche et sans travail, H... ne manifeste aucune volonté de guérison. L'inactivité totale à laquelle le condamne sa maladie lui est insupportable: "Je ne peux plus rien faire, dit-il". Equilibré dans sa thérapeutique et encouragé dans ses résolutions difficilement acquises, H... peut enfin quitter le centre hospitalier. Deux mois après sa sortie, H... absorbera une dose massive et fatale d'anti-coagulants.

Cette observation montre tout le drame de cet homme encore jeune qui ne put tolérer de se voir condamné à une inactivité totale. Malgré ses antécédents éthyliques, ses facultés intellectuelles n'étaient pas trop amoindries. L'on peut donc se demander si l'âge de la cinquantaine n'a pas représenté pour ce malade l'étape d'une décompensation qui entama la dernière résistance aux épreuves physiques et psychologiques qu'il avait à subir.

Motivations

Comme précédemment, nous arrivons ici au chapitre de toutes les hypothèses. En effet, le cheminement qui conduit de la cause à l'acte est bien difficile à saisir et laisse place à toutes les incertitudes.

Nous avons retrouvé un nombre important de conflits familiaux souvent associés comme toujours à de graves problèmes conjugaux (adultère, mésentente, etc..). Comme le soulignent GORCEIX et ZIMBACCA (13), la "mésentente conjugale est cruciale pour la femme de cet âge. Elle se sent trop liée à son époux par tout leur passé commun, elle se sent trop âgée pour pouvoir espérer refaire sa vie". Prise alors entre deux impasses, la malade ne peut plus échapper à la solitude.

- Y... 51 ans, mariée, trois enfants, est hospitalisée au centre hospitalier de Poissy pour une tentative de suicide par une absorption importante de tranquillisants. Y... est surtout élevée par une grand-mère jusqu'à l'âge de 12 ans, puis par ses parents. Y... se retrouve seule à la maison (il s'agit d'une fille unique) où elle s'ennuie, ses parents doivent en effet s'absenter en raison de leur travail.

Elle se marie et a rapidement un premier enfant.

Quant à l'entente conjugale, elle se détériore aussitôt : disputes et coups. Le mari s'absente de plus en plus fréquemment de la maison. Ethylique, il passe son temps aux sports et aux cafés des sports.

Les années passent dans ce climat de perpétuelle mésentente les enfants (3) grandissent et quittent à leur tour la maison.

Y... et son mari déménagent en 1964.

Y... se retrouve alors de nouveau seule dans une maison trop grande, loin de ses enfants, ses amis, des commerçants et des prisunics, mais près d'un mari qui poursuit avec conscience sa carrière d'éthylique.

Ne supportant plus ce "nouveau" genre de vie, Y... fait un syndrome dépressif au cours duquel elle accomplira son geste.

On remarquera dans cette observation, l'isolement d'Y... pendant l'enfance, solitude qui resurgit au moment du départ de ses enfants. La mésentente conjugale plus ou moins compensée par la présence de ceux-ci réapparaît alors rapidement. Envahie par une véritable panique d'abandon, Y... tentera de se suicider

Isolement, décompensation d'un état pathologique pré-existant, il ne semble pas que ces seuls éléments interviennent dans les motivations suicidaires de cet âge, mais ils nous ont paru déterminants dans un certain nombre de nos observations.

Age	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
T.S.	5	5	2	1	2	1	4	1	0	2	I	I	I	I	0
Sexe	3 2	5 0	2 0	0 1	0 2	0 1	2 2	1 0	0 0	I 1	0 1	0 1	0 1	I 0	0 0

Tableau récapitulatif des T.S. en fonction de l'âge et du sexe (27 cas)

15 hommes

12 femmes

7545 : hommes

CHAPITRE IV

LES TENTATIVES DE SUICIDE DU TROISIEME AGE

"Ne me touchez pas, mon corps
est plein de larmes "

C. PAVESE

Nous avons relevé 6 cas de tentatives de suicide chez les sujets âgés. La répartition entre les deux sexes s'établit ainsi: 4 femmes et 2 hommes. Leur âge respectif était de 60, 60, 60, 61 62, 62 ans.

Les moyens utilisés furent pour 5 d'entre eux l'intoxication médicamenteuse - le choix de ce procédé s'explique volontiers en raison de l'âge - contre une noyade. Malgré la gravité de telles intoxications vu le terrain sur lequel elles se produisent, nous n'avons pas eu de gros problèmes de réanimation. Aucun décès ne suivit la tentative de suicide. La situation familiale dans la plupart des cas était stable, nous avons retrouvé une seule malade isolée, puisque veuve, encore cet isolement n'était-il pas complet en raison de la proximité et la bonne entente avec les enfants.

- J... âgée de 62 ans, est hospitalisée au centre hospitalier de Poissy à la suite d'une intoxication médicamenteuse.

La vie de J... s'est déroulée sans gros problème; au sein d'une famille sans histoire. En 1966, elle perd son mari à la suite d'une maladie. En 1970, sa mère, âgée de 90 ans, décède à son tour. J... se retrouve ainsi isolée, malgré la présence de ses deux enfants qui habitent l'étage au-dessous de chez elle

J... n'arrive plus alors à supporter ses petits troubles organiques faits de courbatures dans les jambes, de petites douleurs lombaires, de troubles digestifs à type de constipation. Peu à peu naît en elle la hantise de devenir une entrave

pour ses enfants. Elle se déprécie et ressent un sentiment d'inutilité. Le suicide lui apparaît alors la seule issue possible.

Un bilan est pratiqué durant son hospitalisation, le F.O. montre une sclérose oculaire modérée, l'E.E.G. est normal. Après la mise au traitement antidépresseur et avis du neuro-psychiatre J... sort de l'hôpital avec des résolutions sincères de vie plus sereine.

En ce qui concerne les autres malades, tous étaient mariés avec enfants. Deux (1 homme et 1 femme) vivaient en mauvais rapport avec leur conjoint en raison de la tendance éthylique marquée de leur partenaire. Une, même, allégua la mésentente conjugale comme motif à sa tentative.

Antécédents

a) d'ordre psychique. Sur nos 6 tentatives, nous avons noté chez une de nos malades deux tentatives de suicide antérieures ; l'examen psychiatrique témoigna du caractère débile de cette personne qui avait par ailleurs des antécédents familiaux (père suicidé). Une autre présentait un état thymique dépressif tandis qu'une dernière fit un syndrome dépressif réactionnel à une persécution... réelle !

b) d'ordre somatique. Une seule de nos tentatives semble résulter d'une situation vitale affligeante en raison de la détérioration progressive de son état de santé ; il s'agissait en effet d'une malade atteinte de sclérodermie avec troubles oesophagiens importants.

Un de nos malades, éthylique par ailleurs, présentait à l'E.E.G. un foyer irritatif pariétal droit et pour lequel d'autres examens devaient être envisagés.

Au total, un seul de nos suicides peut être considéré comme véritablement consécutif à une maladie organique.

Bien que nous ayons un nombre limité de cas, cette proportion de 1 sur 6 correspond assez bien aux statistiques publiées en 1956 pour Paris et la Seine - rapportées par J. NICK, A. MOINET A. DES LAURIERS (24) et qui enregistraient un pourcentage de 15,3 % de tentatives de suicide et suicides accomplis dus probablement à des maladies incurables.

Nous pouvons constater que nous n'avons pas retrouvé l'isolement avec une aussi grande fréquence que beaucoup d'auteurs et

que par ailleurs la notion de dévalorisation physique et psychique n'est apparue clairement que dans deux de nos observations.

Il est également intéressant de voir, dans cette tranche d'âge, le but recherché par le suicidant: appel à la mort ou appel à l'aide dans une situation vitale devenue intolérable et qui correspondrait au suicide d'appel ?

Cette dernière chance du suicide d'appel, nous l'avons rencontrée chez deux de nos malades. L'une véritablement persécutée put, grâce à son hospitalisation retrouver équilibre et moyens d'agir pour remédier à cette persécution, l'autre, malgré son âge, désira sincèrement combattre son éthylisme et entreprit de faire une cure de désintoxication qui donna de bons résultats.

Devant l'affaiblissement de son corps, la diminution de ses fonctions intellectuelles et quelquefois affectives, la difficulté de ses relations avec autrui, le sujet âgé échappe difficilement aux angoisses de son âge, d'autant, comme le fait remarquer M. QUIDU (27) que la vieillesse "en se généralisant se dévalorise et le sujet âgé devient le vieillard, c'est-à-dire, non plus celui qui a beaucoup vécu, mais celui qui est devenu vieux, autrement dit, qui est usé, donc inutilisable".

La difficulté pour lui de maîtriser sa tendance thanatogène d'infléchir les remaniements inéluctables de son corps, de s'adapter au détachement social dont il est l'objet, font de lui un être isolé et rejeté.

La plupart des personnes âgées pourtant, ne se suicident pas. Elaborant des moyens de défense contre la mort (surintellectualisation pour certains, changements de vie pour d'autres - cf. notre cure de désintoxication -) ils arrivent à maintenir un équilibre qui reste toujours précaire, ce qui explique peut-être le nombre limité de cas que nous avons trouvé dans notre étude.

Des considérations d'ordre socio-géographique ont pu également intervenir. La répartition citado-rurale de notre échantillon de population fait peut-être de nos malades des personnes mieux entourées du point de vue familial (cf. côté rural) et moins isolées du point de vue social (cf. grands magasins, cinéma etc..) mais d'autres facteurs qui nous échappent doivent très probablement intervenir.

CHAPITRE V

ATTITUDE HOSPITALIERE FACE AU SUICIDE

"Hello my friend
So good to see you again
Been all by myself
I don't think I can make it alone"

J. HENDRIX

Pour conclure cette étude, nous voudrions préciser cinq points.

I - Le premier est de considérer si les tentatives de suicide doivent être admises dans un service de médecine générale ?

Il nous semble que la réponse peut être affirmative dans la mesure où l'on respecte certaines conditions. Ces conditions sont au nombre de trois.

a) L'urgence.

La première est d'envisager la tentative de suicide en tant que danger vital, donc d'urgence. Ce n'est qu'à partir de cette optique que l'on pourra établir une discrimination entre les malades, c'est-à-dire une surveillance simple, une hospitalisation en milieu spécialisé ou non.

Devant un coma toxique, le médecin de garde entreprendra aussitôt un bilan neurologique (profondeur du coma, perceptivité recherche des réactivités aspécifiques, à la douleur et végétatives, étude des réflexes, du tonus musculaire et de l'état des pupilles), un bilan des fonctions végétatives (respiration, coeur et vaisseaux, rein), un bilan biologique enfin.

Qui dit urgence, dit possibilité de mettre en route un traitement symptomatique: intubation voir trachéotomie, respiration et ventilation assistée en cas d'insuffisance respiratoire sé-

rière ou d'encombrement broncho-alvéolaire par exemple. L'équilibre hydro-électrolytique doit également être maintenu.

Tous ces gestes, répétons-le, sont des gestes d'urgence et doivent donc pouvoir être entrepris dans les minutes qui suivent l'arrivée du malade à l'hôpital.

b) Problème toxicologique.

La deuxième de ces conditions est de considérer l'aspect toxicologique (le plus fréquent) de la tentative de suicide qui doit entraîner par là même, la possibilité d'établir un traitement toxicologique qui comporte au moins trois aspects: l'évacuation du toxique, le traitement antidote qui, lorsqu'il existe est à entreprendre d'urgence, enfin le traitement épurateur qui peut aller de l'élimination par voie rénale jusqu'à l'exsanguino-transfusion en cas de toxiques hémolysants voir l'élimination pulmonaire, la dialyse péritonéale et le rein artificiel.

Comme on le voit, la mise en route d'un tel traitement, nécessite un matériel complexe qui s'avère souvent indispensable

Il nous faut insister, maintenant, sur l'importance des liaisons téléphoniques avec les centres de traitement de désintoxications qui ont transformé le problème toxicologique. En effet, il ne saurait être question et il n'est pas dans les possibilités de transférer la totalité des intoxiqués dans les centres anti-poisons. Aussi, devant tout problème important ou intoxication inhabituelle, le médecin de garde peut à tous moments utiliser ces liaisons téléphoniques pour demander la conduite à tenir devant tel ou tel malade. Les conseils qui lui sont prodigués permettent de gagner un temps précieux pour la mise en route d'une thérapeutique immédiate. Cette collaboration entre l'hôpital et le centre anti-poisons permet d'établir dans les délais les plus rapides, un traitement approprié au mode d'intoxication. Ainsi, le service hospitalier devient l'agent exécutant, une annexe à distance du centre des traitements anti-Poisons, ce qui réalise une plus grande unité dans les méthodes de travail et une efficacité accrue dans les soins.

c) Le neuro-psychiatre

La dernière condition représente non seulement la dernière étape thérapeutique mais encore les premiers pas d'un diagnostic et pronostic que les gestes impératifs d'urgence avaient bien souvent empêché d'éclaircir. Il s'agit de la consultation psychiatrique.

Toute tentative doit être vue par le neuro-psychiatre. Celui-ci tentera de déterminer le degré de perturbation mentale, de mesurer le sérieux de l'intention, de prévoir, dans la mesure du possible, le danger d'une éventuelle récursive.

Sans en analyser les mécanismes précis, les aboutissements d'un tel entretien malade-psychiatre sont essentiels. Ce dialogue (qui doit être entrepris le plus tôt possible car, comme le souligne A. Morel Moroger (21), cette précocité permet au malade, surtout en cas de suicide toxique, d'avouer ou de confier ce qu'il cacherait en d'autres circonstances...) ne doit pas être envisagé comme une simple caution permettant d'établir un visa de sortie, mais comme une possibilité de trouver une solution pour l'avenir. Face au psychiatre, le patient, en exposant ses problèmes, va collaborer à sa guérison. Même si cette collaboration existe difficilement en raison de la réticence, de l'attitude négative du sujet, les enseignements d'un tel entretien demeurent. Le maintien d'une relation avec le malade qui nie sa tentative est particulièrement délicat: tentative de suicide ou accident (les robinets du gaz fermaient mal)? La rencontre avec le spécialiste permettra dans ce cas d'apprécier la part d'un moi idéal suicidaire refoulé, de juger les propos qui entourent la "tentative de suicide" (pulsion suicidaire ou pas?) et de se rendre compte ainsi qu'il s'agit d'un accident ou d'une tentative de suicide... "supprimée".

Cet entretien est également important dans la mesure où le malade va se retrouver seul avec le psychiatre. Ce face à face permet de mettre le patient en confiance qui peut ainsi exposer plus librement et plus facilement les raisons qui ont motivé son geste.

A partir de ces mobiles - particulièrement difficiles à déterminer en fonction du moment de la tentative - le psychiatre en accord avec son malade (parfois aussi avec celui de sa famille) tentera d'établir un programme de rétablissement applicable soit immédiatement, soit à plus ou moins longue échéance. En effet, dénouer une crise, impose de la part du psychiatre, une patience et une ténacité de longue haleine . On ne peut résoudre, immédiatement, des problèmes qui ont mis, parfois, des mois à se constituer.

Enfin, l'intérêt majeur de la rencontre malade-psychiatre réside dans le dépistage de personnalités relevant du domaine psychiatrique. De là, s'établira la sélection entre les malades ordinaires et ceux qui nécessitent une mise en surveillance en milieu plus spécialisé.

Ainsi et seulement si ces trois conditions (urgence, problème

toxicologique et entretien systématique avec le neuro-psychiatre) sont bien observées, le malade-suicidaire peut être hospitalisé dans un service de médecine générale. Il pourra, de cette façon, éviter les transports nuisibles et subir les soins urgents et plus tard psychiatriques non loin de son domicile. De plus, l'hospitalisation dans un tel service permettra de débloquer les services spécialisés anti-poisons, débordés et surchargés.

Mais, comme le souligne RACAMIER (28), le psychiatre à l'hôpital n'est pas seul avec son patient," sont impliqués dans la situation... toute l'équipe soignante" et le médecin a pour sa part un rôle important à jouer!

Quel est ce rôle? Quelles relations doit-il avoir vis-à-vis du suicidaire ?

2 - Le rôle du médecin .

MIEVILLE et SCHNEIDER (22) ont insisté sur ce point, en faisant remarquer l'importance de ne pas "bloquer les attitudes". Ne pas bloquer l'attitude du patient en bloquant la sienne propre. Le médecin doit dans un premier temps sauver son malade sans établir de relation avec lui puis dans un second temps "comprendre sans pénaliser". Pour cela, il doit s'affranchir de la tutelle d'idées reçues, dissiper le malaise que pourrait lui tendre sa subjectivité et ainsi mieux comprendre la personnalité du malade. Il doit tout faire pour parvenir à cette "relation caractérisée" dont parlait ROGERS (32) qui aboutit à mettre le patient dans un état de confiance accrue.

Cette recherche de confiance ne doit pas être l'apanage du médecin, tout le personnel soignant doit adopter ce schéma d'appréhension vis-à-vis d'un malade qui déroute en raison même de ce qu'il représente.

Quel est ce patient, en effet, responsable d'une maladie dont on ne retrouve pas l'existence organique et qui, de surcroît veut mourir?

Le suicidaire ne représente-t-il pas l'opposé de ce que l'on a l'habitude de voir dans les hôpitaux ?

Quelle attitude, donc, le personnel soignant doit-il avoir vis-à-vis de ce mystérieux malade ?

3 - Le rôle du personnel soignant.

a) Il faut avant tout éviter de le voir comme encombrant

par rapport aux malades organiques. Le suicidaire traverse un épisode aigu au sortir duquel se trouve la possibilité d'une guérison. Il doit donc être considéré comme un malade à part entière et non comme cet "usurpateur qui occupe un lit auquel il n'a pas droit". Sa confusion due à l'échec de son entreprise est réelle.

b) Cet "hospitalisé par surprise" est-il mauvais et pervers ? Ces sentiments qui lui sont, parfois, attribués ne correspondent à rien. Le secours des médecins, du personnel soignant de la collectivité lui apparaît comme dérisoire en raison même de son désarroi actuel. D'ailleurs, comme le souligne avec à propos J. CAPIAUX (6) "Pourquoi le suicidaire aimerait-il les médecins, s'il s'aime trop peu pour vivre et pour chercher leur aide avant de se tuer ?"

c) Le dernier écueil à éviter est d'appréhender ce malade particulier comme un être coupable et condamnable. Le suicidaire ne doit jamais susciter la réprobation médicale. Le personnel soignant ainsi que les médecins, doivent sortir du dilemme simulacre donc comédie, échec donc immoralité. Le suicide doit être "laïcisé". Le voir sous une optique religieuse ou humanitarisme ne permettrait pas cette "compréhension sans pénaliser" que nous décrivions plus haut. Le suicidaire n'a pas besoin d'être jugé il a besoin d'être compris.

IV - Les mécanismes de dénégation.

a) Parmi ceux-ci, nous pouvons relever les conduites témoignant d'une agressivité non consciente dont le suicidaire est parfois l'objet. Ces conduites sont, semble-t-il, pour le personnel soignant, un système de défense face aux peurs que le suicidaire suscite. La peur surtout, tant redoutée, d'une récurrence à l'hôpital. C'est pourquoi, lui impose-t-on parfois, sans les ménagements voulus et sans tenir compte de la particularité de sa maladie, une situation de dépendance docile à laquelle se conforment les autres personnes hospitalisées. Mais l'agressivité a peut-être d'autres mobiles que cette peur de la récurrence, le suicidaire ne nous conduit-il pas... au seuil du fantasme. Dans ces conditions, l'agressivité n'est-elle pas ce frein que l'entourage utilise de peur d'atteindre cette ambiguïté.

b) Outre l'agressivité, un autre mécanisme de dénégation fréquent est celui qui consiste à considérer le suicidaire comme un malade mental chronique d'emblée. Cette notion est difficile à analyser car d'une part, l'accepter comme malade mental revient à promulguer sa maladie, donc de reconnaître un traitement possible, mais le caractère de chronicité que l'on y ajoute

témoigne en même temps du refus à cet assentiment et révèle ainsi le conflit sous-jacent de celui qui prétend à une telle assertion.

c) Enfin, les jugements "à l'emporte-pièce" ou au contraire le refus d'identité (ce qui parfois lui est utile, du moins transitoirement) constituent la manifestation d'une volonté sous-terrainne à se préserver d'abord au détriment de celle du malade.

V - Attitude vis-à-vis du suicidant.

Comme on le voit, l'attitude que l'on peut avoir vis-à-vis du suicidant est délicate et complexe.

a) L'important est d'entourer ce malade, isolé, et d'autant plus désappointé que, comme le dit J. CAPIAUX (6), "son coup de tonnerre s'est évanoui dans la banalité de l'accident prévu par la routine médicale". Le suicidaire doit se rendre compte qu'il n'est pas aussi seul qu'il voulait le croire. Le contact interpersonnel et amical que l'équipe médicale peut lui prodiguer doit lui prouver qu'il ne vit pas dans un désert affectif. Le contact, s'il doit être amical, doit rester discret et ne doit pas être empreint d'une trop grande curiosité quant à la motivation de son geste. S'interroger sur la cause et la finalité d'une tentative de suicide, demande un savoir, une expérience qu'une personne non avisée ne peut avoir et qui risque d'enliser le malade et son entourage dans un "marasme de raisons multiples"

b) Mais l'essentiel - à l'égard de la conduite que doit avoir l'équipe médicale vis-à-vis de tels malades, n'est-il pas "d'ouvrir l'avenir", c'est-à-dire avant tout débloquer une situation. Le suicide, loin d'être une fin, doit se transformer en traumatisme libérateur permettant de reconstituer au suicidaire un goût de vivre qu'il n'avait plus. Pour restituer cet avenir perdu, plusieurs moyens doivent être envisagés:

- Le premier est d'assurer au patient l'accalmie qui suit la tempête, c'est-à-dire du repos. Il faut pour cela considérer les conditions pratiques de sa réalisation (repos en milieu familial ou non, près de son domicile ou non, le temps qui peut être accordé en fonction de l'état de santé et de la situation du malade, le préparer psychologiquement à cela, etc.)
- Le malade doit également continuer à être surveillé dans un cadre thérapeutique adéquat d'accueil post-hospitalier. Les expériences faites, dans des secteurs où la surveillance post-hospitalière est systématiquement assurée, montre une diminution importante des récidives.

- Enfin, la réinsertion du patient dans son contexte quotidien - familial et professionnel - doit être jugée avec minutie. Les relations établies avec ces deux milieux et leur intrication possible dans la survenue de la tentative de suicide doivent être analysées. L'éloignement temporaire du milieu familial peut être bénéfique pour un jeune adolescent alors que le rapprochement près de sa famille d'une personne âgée et isolée, peut être salulaire, de même, parfois, le changement de situation est souhaitable.
- Vis-à-vis du milieu professionnel, le médecin ne doit pas hésiter à faire une enquête par l'assistante sociale de l'hôpital sur les conditions de travail (ou de non travail) du malade dont il a la charge. L'étiologie d'un suicide est bien souvent "extra-médicale".

Le médecin ne pourra guérir la cause de cette maladie qu'en s'attachant précisément aux conditions d'environnement de son malade.

Le germe d'une récurrence ne se trouve pas toujours dans le psychisme du malade, mais aussi parfois à l'extérieur des murs blancs de l'hôpital.

CONCLUSION

"La vraie vie est absente"

A. RIMBAUD

En conclusion de ces observations, nous voudrions insister sur la particularité de chaque cas qu'il ne faut pas englober dans de faciles généralités somatiques et/ou psychologiques.

Du point de vue somatique, la tentative du jeune adolescent n'est pas l'équivalente de la classique crise d'acnée caractéristique de cet âge, de même la tentative de suicide de l'adulte ne signifie pas toujours "crise d'hystérie" et une personne âgée peut mettre fin à ses jours pour d'autres motifs que ceux d'une "crise de nerfs".

Du point de vue psychologique, il en va de même. Si chaque âge a sa période critique qui peut constituer la toile de fond d'un suicide, elle ne peut en aucun cas le résumer. La lutte contre le rejet et l'isolement des personnes âgées, la lutte contre les ennuis familiaux et sentimentaux des sujets adultes, la difficulté de s'identifier en tant qu'adulte pour les adultes jeunes (contrairement à ce que prétendait A. de VIGNY qu'être adulte c'est concrétiser ses rêves d'enfant, être adulte, c'est faire la part des possibilités et des réalités, c'est-à-dire renoncer ou plutôt "accepter la mort de ses espérances les plus insensées"), la difficulté enfin pour l'adolescent de s'unir entre les pôles opposés que sont "le refus et l'engagement". E.MORIN (25) ne voyait-il pas en cette jeunesse, cette génération de la "contre-culture" et du "paradise now" comme un "espoir, une recherche de quelque chose d'autre, une volonté de vivre dans l'amour et puis en même temps, un désespoir...?), toutes ces luttes et difficultés donc ne peuvent à elles seules expliquer le phénomène suicidaire, sinon qu'autrement, tout le monde devrait se suicider.

La tentative de suicide ne signifie-t-elle pas plutôt dans

bien des cas cet appel ultime, cette recherche de dialogue vers un autre individu, individu, au sens spécifique et étymologique du terme ?

C'est pourquoi le suicide échappe à toute loi générale et qu'il représente chaque fois un cas particulier.

Dans cette perspective, le médecin doit savoir la valeur thérapeutique de sa présence, doit comprendre plus que jamais ici, qu'il ne se trouve pas face à une maladie, mais face à un malade, toujours différent. Aussi, sa compétence, son jugement, sa sensibilité et aussi son intuition seront ces éléments qui permettront de faire accepter au malade ce "il faut tenter de vivre" que criait déjà P. VALERY.

CONCLUSIONS

Nous avons étudié 163 observations (56 hommes et 107 femmes) de tentatives de suicide reçues dans un hôpital qui assure les soins d'un secteur d'environ 115.000 habitants pendant l'année 1970.

L'unité de réanimation a accueilli 36 tentatives de suicide : 12 hommes et 24 femmes. Le nombre total des tentatives de suicide ayant entraîné la mort est de 4.

Nous distinguons sur nos 80 cas observés chez l'adolescent, les tentatives faites entre l'âge de 13 et 17 ans, qui correspondaient en grande partie à des problèmes familiaux et celles entre 18 et 25 ans qui semblaient plus en rapport avec la formation professionnelle et les problèmes sentimentaux.

Parmi ces 80 cas, nous avons retrouvé un cas d'épilepsie, un cas de toxicomanie, un cas de schizophrénie.

Chez les 50 adultes jeunes, il existe une prédominance féminine nette. Dans ces cas, l'enquête psychiatrique est toujours plus délicate. Aucune de ces tentatives n'a révélé des problèmes psychiatriques comportant la nécessité d'une psychothérapie suivie.

Dans la tranche d'âge de 40 à 55 ans, la répartition entre les deux sexes est identique. Nous avons trouvé six cas de phénomènes dépressifs caractérisés.

Nous étudions six cas de tentative chez des sujets ayant 60 ans et plus, et nous avons rencontré un état débile et un syndrome dépressif réactionnel.

Ces données numériques n'expriment que des faits observés en milieu hospitalier ; ils ne permettent pas d'apprécier le

nombre des tentatives de suicide passées inaperçues ou menées à bien.

L'attitude des équipes de soins devant ce problème de médecine quotidienne est envisagée.

-:-

Vu :

Le Président :

Signé : A.D. NENNA

Vu :

Le Doyen :

Signé : A. GROSSIORD

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BALINT M.
Le médecin, son malade et la maladie
E. Payot, Paris, 1966, 422 p.
- 2 - BARDENAT C, CORMAN M., OMNES A, PICHON C.
Les conduites suicidaires chez les femmes dans une région
de l'Ouest de la France
Ann. Méd. psychol. 1963, 2, 489-521 pp.
- 3 - BERTIN M.
Le Suicide. Etude statistique
Cahiers Laennec 1966, 4, 5-17 pp.
- 4 - BERTIN M., FRANCOIS R.CH., PEQUIGNOT H., SOULAIRAC A.
Epidémiologie des asphyxies par le gaz. Remarques méthodologiques.
Semaine des hop. Paris, 1970, 42, 2657-2671 pp.
- 5 - BLANC M., BOURGEOIS M.
Les intoxications aiguës volontaires.
Journal de Médecine de Bordeaux. Juillet 1967, 7, 1048-1054 pp.
- 6 - CAPIAUX J.
Le suicidaire mal entendu. L'évolution psychiatrique
Avril-Juin 1967 Tome XXXII, 2, 449-472 pp.
- 7 - COUDRAY P.
Sommes-nous Marcusiens cette année?
Concours méd. 15.3.1969, 2159-2160 pp.
- 8 - DIATKINE R., KOUPERNIK C.
A quoi servent les parents
Concours méd. 7.11.1970, 1171-1777 pp.
- 9 - DIEL P.
Psychologie de la motivation
Ed. Payot, Paris, 1969, 148 p.
- 10- DUCHE D.J.
La puberté
Revue du praticien, Avril 1971, 10, 1655-1662 pp.
- 11- FAU R, CHATEAU R., MACHU M.
Le suicide chez l'adolescent. A propos de 23 observations
médico-psychologiques
Ann. Med. psychol. 1965, I, I-20 pp.

- 12- GERAUD R.
L'homme mystifié
Concours méd. Février 1971, 1229-1230 pp.
- 13- GORCEIX A., ZIMBACCA N.
Etudes sur le suicide
Ed. Masson 1968, 179 p.
- 14- HAIM A.
Le suicide d'adolescents
Ed. Payot Paris, 1969, 296 p.
- 15- HAIM A
Le suicide chez les mineurs
Hygiène Mentale, 1964, 2, 49-68 pp.
- 16- HALWACHS M.
Les causes du suicide
Ed. Alcan, Paris, 1930, 520 p.
- 17- IZARD J.
Les conduites suicidaires.
Entretiens psychiatr. 1969, 14, 129 p.
- 18- KOHLER C., CHAMBARD
Tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents
Pédiatrie, Ed. Réunion Lyonnaise de Pédiatrie. Octobre-Nov
1967, 7, 785-797 pp.
- 19- LABOUCARIE J.
Conduites thérapeutiques d'urgence en psychiatrie (II)
suicide.
Concours Méd. 16 Mars 1968, 90, 2257-2262 pp.
- 20- MENDEL G.
La crise de générations
Ed. Payot 1970, 249 p.
- 20 bis- MENDEL G.
Pour décoloniser l'enfant
Ed. Payot Paris 1971
- 21- MOREL-MORAGER A.
Suicide et dépression.
La vie médicale, Juillet 1966, 47, 1029-1033 pp.

- 22- MIEVILLE Cl., SCHNEIDER P.B.
La tentative de suicide . Médecine d'Hygiène
1971, 975, 1283-1285 pp.
- 22 bis- MITSCHERLICH A.
Vers une société sans pères
Ed. Gallimard, Paris 1969. Cité par G. MENDEL
- 23- MORIN E.
Journal de Californie
Ed. Seuil, 1970, p.114
- 24- NICK J., MOINET A., des LAURIERS A., GUILLARD A., NICOLLE M
Le suicide d'abandon
Annales Méd. Psychol. 1966, I, 5-18 pp.
- 25- PIAGET J.
La psychologie de l'intelligence
Collection A. COLIN, 210 p.
- 26- POROT M., COLLET M., CLAIRE J.
Les tentatives de suicides des adolescents
Concours Méd. II, 6, 1966, 4235-4250 pp.
- 27- QUIDU M.
Le suicide. Etude clinique. Perspectives préventives
Ed. Les Editions Sociales Paris, 1970, 160 p.
- 28- RACAMIER P.C.
XXIV congrès des Psychanalistes de Langues Romanes.
Paris 20, 21, 22, 23 Juillet 1963. Cité par J. CAPIAUX
dans le suicidaire mal entendu.
- 29- RICARD D'ESPOSITO
Le suicide des adolescents
Sandorama 1971.
- 30- RIVAILLE C., BELLE F., THIOT C., COULON M.
Tentatives de suicides d'adolescents . Etude de 70 cas
Semaine des Hop. Avril 1970, 17, 1141-1147 pp.
- 31- ROCHE L., BOURRAT L., DEUX L.
Considérations sur les conduites suicidaires de 239 mineurs
admis au service des poisons durant 24 mois
Lyon Médical, Juillet 1965, 28, 35-57 pp.

- 32- ROGERS C.
Psychothérapie et Relations humaines
Ed. Béatrice NAUWELAERTS. Paris 1965, 129-138 pp.
- 33- SAULNIER J.
Le suicide. Rôle du médecin de famille. Prévention post-
cure
Cahiers Laennec 1966, 4 70-74 pp.
- 34- Le suicide, première cause de mort entre 20 et 24 ans
X... Sem. des Hop. Paris, 20.11.1970, 21
- 35- STEPHANE A.
L'univers contestationnaire
Ed. Payot, Paris, 1969

